

LES COMPLICATIONS URINAIRES
DE LA MALADIE DE CROHN

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par
Gilbert THIEBAUD
de
Bôle (Neuchâtel)

THÈSE N° 3617

1977

La Faculté de Médecine, sur le préavis du professeur Jean Fabre autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève le 24 août 1977

Thèse N° 3617

Le doyen

Marcel JENNY

Texte condensé de la thèse N° 3617 approuvée par la Faculté de Médecine. Des copies en microfilms du texte complet peuvent être obtenues auprès de la Bibliothèque publique et universitaire de Genève. Le texte complet peut être consulté à cette bibliothèque ou à la Bibliothèque nationale suisse à Berne.

LES COMPLICATIONS URINAIRES DE LA MALADIE DE CROHN

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par
Gilbert THIEBAUD
de
Bôle (Neuchâtel)

THÈSE N° 3617

Genève
Blanc-Wittwer S.A.
1978



J'adresse à M. le Professeur J. Fabre ma vive gratitude pour son aide dynamique dans l'élaboration et la direction de ce travail.

Je remercie également M. le Professeur Loizeau, professeur de gastro-entérologie à la Faculté de médecine de Genève, pour ses conseils judicieux.

Ma reconnaissance s'adresse également à Messieurs les Professeurs B. Courvoisier, directeur de la clinique médicale thérapeutique universitaire de Genève, A.-F. Müller, directeur de la clinique médicale universitaire de Genève et J.-C. Rudler, ex-directeur de la clinique universitaire de chirurgie de Genève, qui m'ont permis de consulter les dossiers de leur clinique respectives.

Enfin, je remercie vivement Mademoiselle Colette Amez-Droz qui s'est chargée de la rédaction de ce travail.

LES COMPLICATIONS URINAIRES DE LA MALADIE DE CROHN

R E S U M E D E T H E S E

Les complications urinaires de la maladie de Crohn sont multiples et souvent ignorées de l'interniste et du chirurgien. Elles découlent principalement de 4 propriétés caractéristiques de cette maladie et des effets secondaires du traitement médico-chirurgical.

1. Pouvoir fistulisant :

- L'accollement du segment intestinal malade au dôme de la vessie engendre parfois la formation d'une fistule intestino-vésicale. Aux plaintes vagues d'infection urinaire basse succèdent, dans la moitié des cas seulement, les symptômes plus typiques de communication entéro-urinaire : pneumaturie, faecalurie, urorrhée, que corrobore la mise en évidence de fibres musculaires et de résidus alimentaires non digérés à l'examen direct des urines. La cystoscopie avec cystographie permettra dans deux tiers des cas environ la mise en évidence du trajet fistuleux. L'absence de guérison spontanée, l'infection urinaire et le risque à plus long terme de vessie contractée avec hydronéphrose, rendent la chirurgie impérative.

- La formation d'une fistule entre l'intestin et le rétropéritoine réalise une véritable "rétro-péritonite septique", qui peut évoluer sur le mode aigu (phlegmon ou véritable abcès pouvant comprimer et/ou se rompre dans les voies urinaires) ou chronique (abcès chronique ou rétropéritonite diffuse). Les processus de cicatrisation engendrent une fibrose rétro-péritonéale très dense enserrant les uretères avec, secondairement, apparition

d'une hydronéphrose obstructive. Cette dernière évolue à bas-bruit, masquée par des symptômes intestinaux souvent plus tapageurs, témoignant de la gravité de la maladie. Les symptômes "pariétaux" (douleurs de l'articulation coxo-fémorale avec défaut d'extension et boiterie) évoquent parfois cette complication chez les nombreux patients qui n'ont pas présenté de colique néphrétique. Le néphrogramme isotopique est utile dans le dépistage systématique de l'hydronéphrose obstructive chez les malades asymptomatiques. Il ne remplace cependant pas l'urographie intraveineuse qui permet la localisation et souvent la découverte de l'origine de l'obstacle (compression extrinsèque ou intrinsèque (lithiase)). Le traitement est là aussi essentiellement chirurgical.

2. Les pertes liquidiennes digestives :

Dues aux diarrhées secondaires à l'atteinte iléale, elles s'intensifient considérablement en cas d'iléostomie (perte de 11 % de l'eau totale du corps). La baisse consécutive du volume urinaire journalier aboutit à une augmentation de la concentration des cristalloïdes. De plus les pertes fécales de bases fixes et de bicarbonates dues aux diarrhées provoquent une acidose métabolique qui, associée à la déplétion potassique, maintiendra une urine constamment acide. Ce dernier facteur est essentiel dans la genèse de la lithiase urique, qui est la complication urinaire la plus fréquente de l'iléostomie. Si les pertes digestives ne peuvent être diminuées, le maintien d'un volume urinaire suffisant et l'administration de bicarbonate de sodium per os devraient prévenir la lithiase.

3. Trouble du métabolisme des acides biliaires :

L'hyperoxalurie, fréquente chez les patients présentant un syndrome de l'anse borgne, une lésion étendue ou une résection iléale, est probablement secondaire à une augmentation de l'absorption intestinale d'oxalates dont le mécanisme n'est pas encore bien compris : captation intraluminaire d'ions calciques par des acides gras en trop grande concentration (stéatorrhée secondaire au trouble du métabolisme des sels biliaires), avec diminution de la formation d'oxalates de calcium insolubles, ou augmentation de l'absorption colique des oxalates par élévation de la concentration intraluminaire colique d'acides biliaires ?

Le dépistage systématique de l'hyperoxalurie (plus de 40 mg/24 h.) chez les malades présentant une stéatorrhée débouchera sur un traitement prophylactique : régime pauvre en oxalates, cholestyramine (bloquant l'absorption des oxalates), traitements respectifs des diarrhées biliaires et des diarrhées grasses, apport hydrique abondant.

4. L'inflammation chronique intestinale :

Elle engendre parfois une amyloïdose rénale secondaire, annoncée par l'apparition d'une protéinurie isolée et réalisant bientôt un syndrome néphrotique évoluant rapidement vers l'insuffisance rénale.

5. Effets secondaires du traitement médico-chirurgical :

Si la chirurgie (résection iléale, iléostomie) est sans doute le plus grand pourvoyeur de complications urinaires, le traitement médical, lui aussi, peut engendrer quelques ennuis : infection urinaire due au traitement immuno-suppresseur, mauvaise vidange de la vessie secondaire au traitement spasmolytique.

Le dépistage des complications urinaires de la maladie de Crohn est donc d'une importance capitale pour l'avenir rénal des patients. L'examen complet des urines (pH, densité, protéinurie, étude du sédiment) pratiqué régulièrement suffira dans la majorité des cas, pour autant que tout résultat pathologique soit pris en considération et débouche sur des examens complémentaires. Toutefois, en cas de diarrhées profuses ou d'iléostomie une étude des volumes urinaires journaliers et de la cristallurie devrait être effectuée.

Sur 34 patients souffrant de maladie de Crohn, hospitalisés dans le département de médecine et/ou la clinique universitaire de chirurgie de l'hôpital cantonal de Genève durant ces 6 dernières années, 13 ont présenté une leucocyturie (plus de 8 leucocytes/champ), parmi lesquels 8 seulement ont bénéficié d'une culture d'urine, qui s'est révélée positive 4 fois. Sept patients ont subi des examens radiologiques de la sphère urinaire. L'ensemble des investigations a permis la découverte de 6 complications urinaires imputables à la maladie de Crohn. Chez les 7 patients restant, la leucocyturie demeure inexpliquée à la fin de leur séjour hospitalier.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545927_0027

